DISSERTATION

N° 185.

SUR

LA PERITONITE,

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 31 juillet 1827, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR P.-N. BERNARDIN, de Vezelay,

Département de l'Yonne;

Bachelier ès-lettres de l'académie de Paris; ancien Élève des hôpitaux et hospices civils de la même ville.

Ars tota in observationibus.
BAGLIVI.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1827.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL, *Examinateur.*
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils, *Président.*
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	BERTIN.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU, *Examinateur.* FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER, *Examinateur.*
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs.
Andral.	Gibert.
Arvers.	Gerdy, *Examinateur.*
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet, *Suppléant.*	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Rathbau, *Suppléant.*
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin, *Examinateur.*	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE,

ET

A MA MÈRE.

Respect filial.

A MONSIEUR SÉGALAS D'ETCHEPARE,

Professeur de physiologie et de pathologie ; Agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris ; Membre de l'académie royale de médecine, etc.

Témoignage de reconnaissance.

P.-N. BERNARDIN.

DISSERTATION

SUR

LA PÉRITONITE.

L'HISTOIRE de la péritonite ne date que d'une vingtaine d'années ; cette maladie jusqu'à cette époque avait été confondue avec l'inflammation des organes sous-jacens ; c'est aux progrès de l'anatomie que l'on fut redevable de l'étude isolée de l'inflammation du péritoine.

Avant l'époque dont nous parlons, plusieurs médecins célèbres, *Bonnet*, *Morgagni*, *Stool*, *Lieutaud* avaient donné une idée de cette maladie ; *Walter*, *Jonhston* avaient principalement étudié la péritonite puerpérale. *Cullen* admettait trois divisions de la péritonite, la première comprenait l'inflammation de la partie du péritoine qui tapisse les parois abdominales ; la seconde, celle du grand épiploon ; la troisième, celle du mésentère ; mais ne pouvant assigner de caractères propres à l'inflammation des différentes parties de cette membrane, il la confondait avec celle des organes sous-jacens ; cette opinion est encore partagée par quelques médecins célèbres de nos jours, entre autres par M. *Portal*, qui pense que cette inflammation est presque toujours secondaire. *Bichat* vint ensuite, et en démontrant l'analogie qui existe entre les membranes séreuses pour leur texture, leurs maladies et les altérations qu'elles présentent, il fixa de nouveau l'attention sur cette inflammation, et c'est aux travaux de ce grand homme,

et à ceux de *Laënnec* et de *Pinel*, que la science est redevable de la connaissance d'une maladie dont le diagnostic est aujourd'hui porté aussi loin que celui de presque toutes les inflammations de l'abdomen.

Pour faciliter l'étude de la péritonite, on l'a divisée en *aiguë* et en *chronique*. Quelques auteurs ont établi d'autres divisions; ils ont donné une description isolée de péritonites, qui n'offraient de différences tranchées que dans les causes, mais dont les phénomènes offrent la plus grande ressemblance avec la première variété, telles sont, la péritonite puerpérale et celle produite par la perforation des intestins. Ces deux subdivisions ne me paraissant pas fondées, j'ai cru devoir suivre la première, qui me paraît plus simple : la péritonite peut également être générale ou partielle; mais, dans ce dernier cas, le diagnostic est toujours très-obscur; dans le cas de perforation des intestins, par exemple, on ne peut douter qu'elle n'ait été primitivement partielle.

Péritonite aiguë.

Les causes de la péritonite aiguë sont *prédisposantes* et *occasionnelles;* les premières sont, l'âge adulte, le sexe féminin, l'immersion prolongée des extrémités inférieures et de l'abdomen dans l'eau, une saison froide et humide, une diathèse inflammatoire, une péritonite latente.

Les *causes occasionnelles* sont externes ou internes, les coups, les chutes, les pressions extérieures sur l'abdomen; l'introduction d'un corps étranger dans cette cavité, la ponction, l'immersion dans l'eau froide, l'application de corps froids, le froid prolongé des pieds, sont au nombre des premières causes; parmi les secondes, on compte le travail de l'accouchement, le développement de l'utérus, des ovaires; les tumeurs, l'épanchement dans l'intérieur de sa cavité, de gaz, de liquides plus ou moins âcres et irritans, comme à la suite de l'ulcération, de la gangrène des intestins, des reins; la rupture de la vésicule biliaire, de la vessie, d'un abcès, d'un tubercule mésentérique;

les étranglemens, les invaginations; la suppression de la transpiration, d'une évacuation habituelle, d'une hémorrhagie, d'hémorrhoïdes, des règles; la suppression des lochies, les écarts de régime.

La péritonite aigue est souvent précédée de tremblemens, d'un froid général, de frissons suivis de chaleur, une lassitude, de la céphalalgie, une constriction à la région épigastrique; mais quelquefois aussi son invasion est subite, l'inflammation s'annonce alors par une douleur plus ou moins vive, qui se fait sentir dans une partie de l'abdomen, et ne tarde pas à être générale; les symptômes précurseurs, quand ils existent, se prolongent rarement au-delà de deux ou trois jours, à moins que la maladie ne soit de la nature de celles dites *primitivement chroniques*, comme nous le verrons plus tard.

Les symptômes sont locaux ou généraux, les premiers sont, la douleur, la chaleur et la tuméfaction; la douleur est le phénomène le plus constant de la péritonite aiguë, elle existe toujours dès le début, elle est générale ou circonscrite; elle est pongitive, déchirante; elle augmente avec toutes les causes qui peuvent imprimer quelques mouvemens à l'abdomen, tels que les efforts pour vomir, aller à la garderobe, les pressions; quelquefois le simple poids des cataplasmes et des couvertures suffit pour l'exaspérer, mais ce phénomène n'a lieu que dans les cas où elle est portée à son dernier degré d'intensité; cette douleur est presque toujours générale, mais quelquefois elle est plus vive dans une partie que dans une autre; elle est rarement intermittente dans la péritonite aiguë, à moins que l'inflammation, après avoir cédé promptement à l'emploi d'un traitement convenable, ne se reproduise avec une nouvelle intensité; la douleur, qui est ordinairement accompagnée de tuméfaction, et qui est le résultat de l'accumulation de gaz dans les intestins, et quelquefois de leur exhalation ou de leur épanchement dans la cavité abdominale, a rarement lieu dès le début de la péritonite, si ce n'est dans le cas de perforation des intestins, et nous verrons plus tard que ce signe sert à caractériser la péritonite due à cette cause; elle n'a ordinairement lieu que vingt-quatre ou trente-six heures après, encore n'est-elle pas constante;

mais alors qu'elle n'a pas lieu, il existe constamment, et même quand elle a lieu, une dureté, une tension des muscles abdominaux qui les empêche de céder à la pression; ce signe, indiqué par plusieurs auteurs, a été appliqué, par M. *Devergie*, au diagnostic de la péritonite partielle; il a remarqué que, dans ces cas, il n'y avait dureté, tension des muscles que là où existait la péritonite, et qu'à côté de l'endroit enflammé le ventre offrait de la souplesse et cédait à la pression; à l'aide de ce signe il a pu reconnaître des péritonites partielles. La tuméfaction, un des principaux signes de cette maladie, est ordinairement plus considérable chez les sujets faibles que chez ceux qui sont robustes, chez les femmes, surtout à la suite de la grossesse; il est facile de remarquer que dans les premiers temps le gonflement est le résultat de l'accumulation de gaz, car si on percute légèrement l'abdomen avec les doigts réunis, ou plutôt avec l'instrument proposé par M. *Piory*, on observe une résonnance très-grande dans toutes les parties du ventre, et si on fait changer le malade de position, on observe encore cette même résonnance dans les parties les plus déclives: ce signe indique qu'il n'y a pas encore d'épanchement de formé; il faut, si l'on veut s'assurer de son existence, faire attention à la vessie et ne pas s'en laisser imposer par la présence de l'urine dans ce réservoir. Ordinairement le ventre, tant qu'il n'y a que tympanite, est gonflé généralement; rarement le gonflement est partiel, et, dans ce cas, c'est la région hypogastrique et ombilicale qui est tuméfiée, et la région épigastrique, les hypochondres paraissent déprimés : ce phénomène est plus fréquent dans la péritonite chronique; le malade ressent une chaleur vive dans toutes les parties, siége de l'inflammation; mais cette chaleur est ordinairement insensible au médecin : tels sont les trois symptômes locaux de la péritonite, mais ils n'existent pas constamment réunis et prononcés comme je viens de l'indiquer, ils varient d'intensité avec la force de la maladie.

Les phénomènes généraux, dont plusieurs qui existent presque constamment, servent, comme nous le verrons plus tard, à éclairer le diagnostic de cette maladie; les premiers phénomènes sympathiques

ont lieu sur les appareils de la digestion et de la circulation ; le malade a la langue sale, elle ne tarde pas à se couvrir d'un enduit jaunâtre ; il y a des nausées, du hoquet, des vomissemens, inappétence ; les boissons sont rejettées presque immédiatement après leur introduction dans l'estomac ; la soif est quelquefois très-vive ; toujours, dès le début de la douleur, il existe une constipation opiniâtre, qui ne cède qu'avec elle ; les urines sont rares, et le malade ne les excrète que lorsque la vessie est très-distendue, encore est-ce avec des douleurs insupportables ; la sécrétion du foie est altérée, ce qui donne lieu à des vomissemens bilieux et à la teinte jaunâtre de la peau ; le pouls est petit, fréquent, concentré ; la respiration est gênée, courte, fréquente, le diaphragme ne se contracte pas, elle se fait principalement par l'élévation des côtes. M. *Devergie*, se fondant sur son observation dans le cas de péritonite partielle, pense que la dyspnée existe surtout quand la portion diaphragmatique participe à l'inflammation.

Le système nerveux est rarement affecté au début de cette maladie, mais les douleurs sont quelquefois si vives, qu'il survient de l'agitation et même du délire ; la prostration des forces est très-grande, la face a une expression toute particulière ; les yeux sont hagards ; la peau, sèche, prend souvent une couleur jaunâtre vers la fin de la maladie.

La marche de la péritonite est progressive pendant quelque temps ; la douleur, d'abord limitée, se fait ressentir dans une plus grande étendue, elle devient plus forte ; le ventre augmente de volume, de sensibilité à la pression ; les vomissemens se rapprochent ; le son donné par la percussion, d'abord clair, devient obscur et annonce l'épanchement, qui se fait ordinairement au bout de peu de jours ; la face, dont les traits étaient jusqu'alors peu altérés, devient plus grippée, d'une couleur terne ; le pouls plus fréquent. Si alors on ne combat pas la maladie par un traitement convenable, et souvent même malgré un traitement bien dirigé, on voit ces symptômes persister, même s'exaspérer, et le malade finit par succomber : heureusement la péritonite n'a pas toujours une marche aussi rapide, ni aussi terrible.

Les symptômes de la péritonite puerpérale ne diffèrent pas essentiellement de ceux de l'autre variété : les symptômes locaux sont les mêmes, en y joignant cependant la suppression du lait et des lochies, l'affaissement des mamelles; la douleur est ordinairement fixée au bas-ventre, parce que la matrice est le plus souvent le point de départ de la péritonite ; de là la douleur remonte dans les flancs, elle est peu prononcée à la partie supérieure ; la tuméfaction est ordinairement plus rapide, plus considérable, elle annonce presque l'invasion de la maladie ; d'ailleurs, presque tous les autres phénomènes sympathiques sont les mêmes.

La durée de la péritonite, tant qu'elle reste à l'état aigu, est ordinairement de un à deux septénaires, quelquefois moins, car on a vu des malades mourir au bout de deux jours et même moins ; d'autres, au contraire, n'ont succombé qu'après trois septénaires et même plus.

Le diagnostic de la péritonite est en général assez facile quand elle est à l'état aigu ; il n'en est pas de même quand elle est à l'état chronique ; les maladies avec lesquelles on pourrait la confondre sont celles de l'abdomen, elle ne présente qu'un seul signe de commun avec les affections de la poitrine.

Il n'est pas toujours aussi facile de fixer le diagnostic dans le cas d'entérite légère accompagnée de tympanite ; en effet, dans ce cas, les symptômes sont presque les mêmes : la douleur, la tuméfaction existent, peuvent même être portées au même degré d'intensité que dans la péritonite ; le médecin serait alors très-embarrassé pour prononcer sur la nature de la maladie ; mais, dans ce cas, plusieurs des principaux symptômes manquent; ainsi, dans la tympanite, il y a peu de fièvre, rarement des vomissemens, et le *facies* conserve un calme qui n'est pas en rapport avec l'intensité de la douleur.

Je rapporte un exemple de tympanite qui pourra, je pense, servir au diagnostic de l'une et de l'autre de ces maladies, l'entérite ayant des signes particuliers, comme les coliques, la diarrhée ; l'état de la langue offre des signes plus faciles à reconnaître ; il en est de même

de la métrite que l'on peut reconnaître au toucher, et de la cystite par le besoin continuel de rendre les urines et les douleurs qui accompagnent leur émission; une circonstance, celle de l'accouchement, éclaircit presque toujours le diagnostic de la péritonite puerpérale; il n'est pas toujours aussi aisé de la distinguer de la métrite, à cause du siége de la douleur, qui est presque constamment le même, cependant le gonflement, la fluctuation et les vomissemens serviront à caractériser la péritonite; mais, si l'on peut confondre la péritonite aiguë douloureuse avec la tympanite, à plus forte raison confondra-t-on l'aiguë, qui ne se manifeste que par la constipation et le météorisme, et qui reste quelque temps dans cet état, pour prendre ensuite une marche plus aiguë ou passer à l'état chronique.

Outre le diagnostic de la maladie elle-même, il est toujours important de reconnaître les causes qui ont pu la déterminer, car souvent la connaissance de ces causes éclaire le médecin sur la conduite qu'il doit tenir. En effet, je suppose une péritonite aiguë, suite d'une perforation intestinale; je pense qu'il sera de la plus grande importance de la reconnaître d'une péritonite aiguë survenue pendant le cours d'une péritonite chronique; et, dans cette occasion, je me plais à rendre hommage au mérite d'un de mes anciens confrères et amis, M. *Jobert*, qui, dans son excellent Mémoire sur les plaies du canal intestinal, a donné simultanément le signe diagnostic de la perforation des intestins et de la péritonite suite de cette perforation: ces signes sont le balonnement subit qui précède toujours la douleur qui part d'un point pour aller en divergeant partout.

Le prognostic de la péritonite est toujours très-grave; en effet, il est souvent fâcheux, et même dans les cas où les malades résistent à cette inflammation, ils conservent souvent des douleurs abdominales qui les exposent à la récidive, et qui amènent le plus souvent l'état chronique.

La péritonite peut se terminer par résolution : cette terminaison a ordinairement lieu dans le premier septénaire, et le plus souvent avant l'épanchement du liquide dans la cavité; elle peut cependant

avoir lieu après; dans ce cas, elle se fait d'une manière lente, et la guérison complète se fait attendre plusieurs semaines; quand il n'y a pas encore épanchement, la résolution se fait d'une manière rapide; les symptômes diminuent progressivement, et les fonctions se rétablissent; les vomissemens cessent; les garde-robes reprennent leur cours; la douleur disparaît, l'appétit revient, et la convalescence a lieu promptement quand la maladie n'a pas déterminé de lésions organiques. Souvent il survient pendant le cours ou vers la fin de la péritonite des phénomènes qui ont été nommés *critiques* par les auteurs; telles sont, les sueurs, les urines abondantes, sédimenteuses, la diarrhée; il faut bien faire attention à ces phénomènes, qui ne sont pas toujours critiques, et qui augmentent l'intensité de la maladie, ou qui, alors même qu'ils sont critiques, augmentent encore la faiblesse chez un individu déjà épuisé, et concourent à aggraver la maladie.

La formation d'un liquide dans la cavité abdominale est une des terminaisons les plus fréquentes de cette inflammation; cette terminaison a lieu plus ou moins rapidement, suivant la nature et la quantité du liquide épanché; si l'épanchement est un liquide sanguinolent et même sanguin, comme on en a observé quelques exemples, il se forme d'une manière presque subite et est accompagné de symptômes formidables. Il paraît que c'est dans ce cas que l'inflammation a le plus d'intensité, et le malade succombe ordinairement au milieu de douleurs atroces, dans le délire ou dans un état convulsif; d'autres fois, et ce cas est plus fréquent, le liquide épanché est séro-albumineux, purulent, alors la maladie marche avec moins d'intensité. Il est en général assez fâcheux que le liquide tarde à être absorbé; car il entretient souvent par sa présence l'irritation du péritoine, qui passe alors à l'état chronique, ou bien encore, lorsqu'il est absorbé, les fausses membranes qu'il contenait se fixent aux parois abdominales et déterminent des adhérences entre les différentes parties de cette cavité; aussi cette terminaison est-elle presque constamment accompagnée de douleurs sourdes, gravatives, de frissons, de légers redoublemens le soir, qui indiquent que la maladie n'est pas encore

terminée; c'est dans ce cas qu'elle passe à l'état chronique, et que, sous l'influence de la cause la plus légère, une imprudence, un écart de régime, l'impression du froid, on voit se réveiller l'inflammation qui, de latente qu'elle était, devient plus formidable que jamais. Lorsque le liquide n'est pas absorbé, il peut se faire jour à travers les parois abdominales, et le plus souvent par l'ombilic, comme ma seconde observation en fournit un exemple.

La terminaison par gangrène a ordinairement lieu d'une manière rapide; elle survient assez souvent dans les quatre ou cinq premiers jours : la cessation subite des douleurs, l'affaissement du ventre, qui est dans un état d'empâtement, la prostration extrême des forces, l'altération profonde des traits, le froid des extrémités, sont les signes qui indiquent cette terminaison.

Péritonite chronique

La péritonite chronique est le plus souvent consécutive à celle aiguë; cependant elle peut être primitive, rester latente pendant long-temps, et ne se manifester qu'au bout d'un temps plus ou moins long : cependant, dans l'un et l'autre de ces deux cas, il existe toujours quelques symptômes qui se manifestent et qui, négligés par le malade, indiquent au médecin l'ancienneté de la maladie.

Les causes sont presque les mêmes que celles de la péritonite aiguë; elles consistent principalement dans l'impression du froid, l'usage d'un mauvais régime, et toutes les autres déjà indiquées, qu'il est inutile, je pense, de répéter : chacune de ces causes agira avec d'autant plus d'énergie qu'elle sera plus long-temps prolongée.

Les symptômes de cette maladie restent souvent cachés pendant long-temps, ou bien ils ont si peu d'intensité que les malades n'y font pas attention; ces signes sont de légères douleurs abdominales quelquefois fixées dans le même point; elles sont le plus souvent intermittentes et ne se font sentir qu'après un exercice violent. Quelquefois elles deviennent sensibles à la pression sur les parties latérales de

l'abdomen, et s'étendent aux hypochondres : ce signe, joint à la constipation, est souvent le seul dans les premiers temps de la péritonite chronique. A ces signes se joignent un peu de fréquence dans le pouls, une diminution d'appétit, la bouche mauvaise; le soir, la dyspnée, la toux, surtout quand le sujet est couché; lorsqu'ils continuent long-temps, la peau devient pâle, jaunâtre, sèche; quelquefois il y a augmentation de volume du ventre, et le météorisme et l'hydropisie sont les seuls signes existans : ils se développent d'une manière lente. Quelle que soit la manière dont se développe cette inflammation, il arrive toujours qu'au bout d'un temps plus ou moins long, d'un, deux ou trois mois, rarement plus, après l'apparition des symptômes elle prend un caractère plus grave, et ces symptômes, devenus plus apparens, la font reconnaître. Souvent, dans la péritonite chronique, le ventre n'est pas très-volumineux; quelquefois même il est plat, plutôt concave que convexe. Ce phénomène s'observe surtout quand la maladie est consécutive à la péritonite aiguë suivie d'épanchement et de fausses membranes.

Lorsque, dans ce cas, le liquide a été absorbé, une cause peut entretenir l'inflammation; les fausses membranes, au lieu d'être absorbées, deviennent le siége d'un travail particulier; elles s'épaississent, déterminent l'adhérence de tous les viscères abdominaux entr'eux, et souvent devenues elles-mêmes le siége d'inflammation : elles adhèrent entr'elles et oblitèrent la cavité abdominale.

Lorsque des fausses membranes unissent ainsi tout le paquet intestinal, qu'il soit adhérent ou non à la paroi de l'abdomen, le toucher en instruit ordinairement le médecin, qui le reconnaîtra à la dureté de l'abdomen, à la sensation d'un corps dur, arrondi, dans la cavité du ventre, à la surface duquel est souvent dessiné le paquet intestinal.

La péritonite chronique, d'après ce que l'on vient de voir, n'a pas de marche régulière; sa durée est généralement de deux à quatre mois, rarement au-delà de six; le diagnostic est beaucoup plus difficile dans ce cas que dans l'aiguë, surtout lorsqu'elle ne s'est pas ma-

nifestée par des symptômes aigus. Alors même qu'elle s'est manifestée par des signes locaux connus, l'ascite, la tympanite, il serait encore facile de la confondre avec plusieurs maladies abdominales, et surtout l'entérite chronique. C'est dans ces cas surtout que l'on doit donner la plus grande attention aux plus petites circonstances, afin de ne pas confondre ces différentes maladies.

Si la péritonite aiguë est quelquefois compliquée, la péritonite chronique l'est bien plus souvent; presque toujours, lorsqu'elle a persisté long-temps, les viscères abdominaux participent à l'inflammation; les intestins s'enflamment, soit par contiguité de partie, soit, comme cela paraît plus probable, à cause de la gêne qu'ils éprouvent et du dérangement des fonctions; les intestins s'enflamment, surtout dans les cas d'adhérences, lorsqu'il y a épanchement; dans ce cas, M. *Broussais* pense qu'il n'est pas rare de voir la plèvre devenir elle-même le siége d'un épanchement.

La résolution est un mode de terminaison assez rare de la péritonite chronique; on l'a cependant observée plusieurs fois. Cette terminaison est probablement plus fréquente qu'on ne le pense communément, et il n'est pas douteux qu'il est des individus chez lesquels cette maladie, restée pendant long-temps à l'état presque latent, a fini par disparaître peu à peu : c'est ce que l'on peut observer chez les sujets qui succombent à d'autres maladies, et à la nécropsie desquels on rencontre des adhérences celluleuses analogues à celles de la plèvre.

La terminaison la plus fréquente de la péritonite chronique est la mort, mais elle peut survenir de différentes manières; le plus souvent c'est par le passage à l'état aigu; je n'en parlerai pas ici, puisqu'il a été décrit précédemment. Souvent, à la suite de l'ascite, la leucophlegmatie devient générale, la gêne de la respiration excessive, et le malade meurt suffoqué et épuisé par l'exhalation abondante de la sérosité; enfin, il meurt souvent épuisé par la maladie et par ses complications, surtout quand c'est l'entérite : une diarrhée abondante survient et affaiblit promptement le malade qui ne meurt pres-

que jamais dans le délire, mais qui s'éteint presque toujours à la suite d'une douleur, de quelque effort, même de quelque mouvement.

Le prognostic de la péritonite chronique est très-grave, presque toujours les individus périssent, et ceux qui parviennent à se rétablir y sont continuellement prédisposés et finissent toujours par succomber à une récidive.

Après la mort des individus qui ont succombé à une péritonite, on rencontre les mêmes altérations que dans les autres séreuses; la membrane est rouge, striée, piquetée, quelquefois injectée par plaques; il faut faire attention si l'injection pénètre la membrane elle-même; presque tous les auteurs pensent que l'injection est plus forte dans l'aiguë que dans la chronique; si alors, après avoir isolé la séreuse, on l'examine à la lumière après l'avoir rapidement passée à un léger courant d'eau, on voit que c'est la membrane elle-même qui est injectée, au point que, lorsqu'on la comprime, elle laisse suinter le sang qu'elle contient; ce phénomène a été observé par M. *Broussais* dans l'aiguë simple. Souvent l'injection n'est que dans le tissu cellulaire sous-jacent; le péritoine comme les autres séreuses est rarement le siége d'épaississement, quand il existe il est ordinairement très-peu marqué.

Le péritoine ne conserve pas toujours sa couleur naturelle et sa transparence, il peut devenir opaque, d'un blanc mat; souvent, dans les cas d'ulcérations intestinales et dans ceux de perforation, j'ai observé que le péritoine environnant ces ulcérations étaient d'une couleur noire et facile à déchirer, la plus légère traction suffisait pour le rompre; souvent il existe à sa surface une grande quantité de points noirs; on a aussi observé des ulcérations qui peuvent commencer par sa surface libre ou sa surface adhérente; quelquefois, mais rarement, le tissu cellulaire sous-jacent au péritoine acquiert un développement très-considérable, et peut, comme l'ont indiqué quelques auteurs, en imposer pendant le cours de la maladie pour un épanchement.

Toutes les fois que la péritonite a duré quelque temps ou qu'elle

a présenté des symptômes graves, on trouve constamment un liquide épanché ou des fausses membranes, le plus souvent ces deux altérations sont réunies. Le liquide existe presque toujours dans les péritonites aiguës; il est souvent d'une couleur trouble, lactescente, quelquefois c'est un véritable pus, rarement il est limpide; dans tous ces cas, il renferme presque toujours des fausses membranes libres, flottantes dans l'intérieur de la cavité. Ces flocons fibrineux (*Bichat*), albumineux, sont d'une texture très-molle; lorsqu'on les comprime ils laissent suinter beaucoup de liquide, et se réduisent à rien; ils sont ordinairement de la même couleur que le liquide épanché; quelquefois le liquide est sanguinolent. Ce sang peut provenir du péritoine lui-même, mais il est présumable que le plus souvent ces hémorrhagies sont le résultat de l'exhalation des fausses membranes, d'après le mécanisme indiqué par *Laënnec* dans les cas d'épanchement sanguin dans cette cavité.

Toutes les fois que la péritonite a duré quelque temps, elle est accompagnée de fausses membranes qui diffèrent beaucoup par leur forme, leur épaisseur et leur organisation; dans le commencement c'est une simple exsudation albumineuse qui recouvre le péritoine dans toute son étendue ou en partie seulement, cette exsudation fait adhérer entr'eux les intestins et les autres viscères; ces adhérences sont très-molles, lorsqu'on exerce quelques tractions sur elles, elles se déchirent sous forme de filamens; plus tard elles acquièrent plus de consistance, plus d'épaisseur, et lorsqu'on veut les détacher elles se présentent sous la forme de lames molles, d'une épaisseur variable; elles sont toujours de la même couleur que le liquide épanché : outre ces membranes, il en est d'autres flottantes ou qui forment des brides dans l'intérieur de l'abdomen.

Ces fausses membranes, d'abord inorganiques, deviennent le siége d'un travail particulier; elles s'organisent, des vaisseaux se forment dans leur épaisseur, augmentent le plus souvent par la superposition de nouvelles fausses membranes; pendant ce travail, lors de la for-

mation des vaisseaux dans leur épaisseur, il survient que le sang, arrivant en trop grande abondance, s'échappe au-delà de la fausse membrane sans qu'il y ait inflammation, et colore le liquide que contient l'abdomen; quelquefois le sang ne transsude à travers les fausses membranes qu'à la suite d'une nouvelle inflammation du péritoine. Lorsque les fausses membranes ont acquis une certaine épaisseur, qu'elles continuent à être le siège de l'inflammation, elles font adhérer entr'elles la membrane séreuse des intestins et celle de la paroi abdominale, dans une plus ou moins grande étendue; si elles ne sont pas séparées par le liquide; elles peuvent ainsi oblitérer la cavité du péritoine. Mais les fausses membranes ne restent pas toujours à cet état; quand l'inflammation cesse, elles sont en partie résorbées, et il ne reste plus que des lames celluleuses qui font adhérer les différens viscères entr'eux et avec les parois abdominales, ces adhérences ne sont jamais générales comme les précédentes, elles sont ordinairement partielles, peu étendues; elles existent le plus souvent là où le péritoine se trouve dans une situation fixe et constamment adossé à lui-même, ainsi c'est entre le foie et la portion diaphragmatique, la rate et l'hypochondre gauche, la matrice et le rectum, la vessie et les intestins grêles, plus rarement entre les circonvolutions.

Souvent, dans le cas de péritonite chronique, on rencontre de la matière tuberculeuse disséminée dans l'épaisseur des fausses membranes ou entre deux fausses membranes; ces petits foyers, ordinairement très-nombreux et disséminés à toute la surface du péritoine, coexistent le plus souvent avec une autre affection tuberculeuse, principalement des poumons : cette dernière observation est due à M. *Louis*. Ces tubercules peuvent se ramolir, s'ulcérer; M. *Broussais* a vu des hydatides à la surface du péritoine.

Tels sont, je crois, les altérations du péritoine, consécutives à son inflammation; mais le plus souvent elles n'existent pas isolément, on trouve un engorgement des ganglions mésentériques, des rougeurs, des ulcérations dans les intestins; ordinairement, toutes ces altéra-

tions, que je ne nommerai pas ici, correspondent aux symptômes présentés par le malade pendant le cours de sa maladie.

Traitement.

Dès qu'un médecin est appelé près d'un malade affecté de péritonite, il doit d'abord examiner son état, sa constitution, et, après avoir recommandé les soins hygiéniques, il aura recours à un traitement antiphlogistique, proportionné à la force du sujet et à l'intensité de la maladie; si le malade est robuste, le pouls petit, fréquent et serré, et si la maladie est à son début, il aura recours à la saignée générale, à une application de sangsues; leur nombre sera proportionné à l'étendue et à l'intensité de la douleur. A ces moyens on joindra les cataplasmes émolliens, les fomentations émollientes, les lavemens émolliens, les boissons douces, acidulées, elles devront toujours être prises en petite quantité : les bains entiers. Si, après l'emploi de ces moyens, les symptômes persistent presque au même degré, on devra recourir de nouveau à ces moyens; mais si les symptômes généraux ont beaucoup diminué ou cessé, et que les locaux seuls persistent, il faudra faire de nouvelles applications de sangsues, et les proportionner à l'intensité de la douleur et à la force du malade.

On ne peut pas toujours employer une méthode aussi active chez des sujets faibles, épuisés par de longues maladies; on devra rejeter les saignées générales, on aura seulement recours aux émissions sanguines locales et aux émolliens; on devra aussi, dans tous les cas, faire attention aux causes de la maladie, aux circonstances dans lesquelles se trouve le malade. Si la péritonite était due à la suppression d'une évacuation sanguine, comme les règles, les hémorrhoïdes, on chercherait à rappeler ces évacuations; c'est ordinairement à la suite de l'emploi de ces moyens que l'on voit, dans les cas où la terminaison doit être heureuse, se dissiper les symptômes de la péritonite. Quelquefois la plupart des symptômes cèdent rapidement, et cependant le malade ne revient pas tout à fait à son état primitif; il a le soir

des redoublemens de fièvre ; le ventre, douloureux, reste distendu, le liquide qu'il contient ne se résorbe pas; on peut alors, s'il n'existe plus de douleurs, avoir recours à de légers sudorifiques, aux diurétiques et même à l'emploi de quelques dérivatifs sur l'abdomen, à l'application de vésicatoires et de frictions irritantes. M. *Velpeau*, dans la revue médicale du mois de janvier dernier, cite plusieurs observations de péritonites puerpuérales guéries par l'emploi des frictions mercurielles, précédées d'évacuations sanguines

Lorsque la péritonite est due à la perforation des intestins, il faut avoir recours aux antiphlogistiques les plus actifs, proportionnés à la force du sujet, au repos le plus absolu et à la privation la plus complète des boissons et des lavemens ; on trompera la soif du malade au moyen de fruits acides, comme l'orange, le citron, dont on lui fera sucer quelques tranches.

Lorsque la péritonite est chronique, si le malade ressent des douleurs dans l'abdomen, s'il existe quelques symptômes assez manifestes de l'inflammation, on devra employer les sangsues, mais en nombre modéré ; ces applications pourront, dans quelques circonstances, être répétées plusieurs fois ; mais si les symptômes inflammatoires ont disparu, si le malade a peu de force, si les fonctions ne se font pas bien, on devra recourir à l'emploi des dérivatifs ; on a successivement employé les vésicatoires, les sétons, les moxas, les frictions plus ou moins irritantes, les purgatifs, les frictions mercurielles. Le traitement devra varier suivant les complications. C'est surtout dans le cas de péritonite chronique que l'on doit observer les règles de l'hygiène ; le malade devra éviter toutes les causes qui pourraient s'opposer à la guérison de la maladie et à l'action des médicamens employés à la combattre. Je ne reviendrai pas sur ces moyens déjà indiqués, et qui doivent être modifiés selon l'état du sujet et les circonstances où il se trouve.

Ire OBSERVATION.

Le nommé Poulain, âgé de 53 ans, exposé à cause de son état à être continuellement dans l'eau, a cependant toujours joui d'une bonne santé, il n'a jamais été gravement malade, deux fois seulement, l'année précédente, il fut obligé de se reposer pendant quelques jours pour combattre une diarrhée qui céda d'elle-même au régime auquel se soumit le malade; depuis cette époque il s'est très-bien porté.

Le 9 mars 1827, après avoir passé une partie de la journée dans l'eau, il éprouva un malaise, une lassitude sans frisson, quelques tranchées; il rentra le soir; et dans la nuit ces symptômes augmentèrent; le lendemain il y eut des douleurs assez vives, le ventre avait augmenté de volume; le malade dit avoir eu un peu de fièvre la nuit, des nausées, pas de garde-robes : les jours suivans, tous ces symptômes augmentèrent, le ventre se tuméfia considérablement; il y eut des vomissemens : un médecin conseilla l'application de vingt-cinq sangsues à l'anus, boissons émollientes, cataplasmes émolliens; aucune amélioration.

Le 16 mars, six jours après l'invasion de la maladie, appelé auprès de lui, je le trouvai dans l'état suivant : ventre très-distendu et également partout, sonore dans toute son étendue; douleurs très-vives, qui occupent tout l'abdomen, n'augmentant pas par la pression, aucune position n'est agréable; la chaleur n'est pas augmentée dans la partie malade; la soif est peu vive, la langue nette est humide; il y a des nausées, des vomissemens, de la constipation; les urines sortent difficilement et en petite quantité; le *facies* peu altéré; il y a de l'insomnie, pas de fièvre; malgré l'absence de fièvre et de douleur à la pression, je crus d'abord qu'il y avait une péritonite très-aiguë, et j'ordonnai quarante sangsues sur l'abdomen; des lavemens émolliens, des cataplasmes de farine de graine de lin et une tisane de lin nitrée.

Le 17, aucune amélioration, le météorisme plus considérable; les douleurs, plus vives que la veille, avaient changé de nature; elles suivaient la direction des intestins et étaient accompagnées de borborygmes; le *facies* coloré, pas de fièvre ni de vomissemens, ni garde-robes; voyant que l'application des sangsues n'avait opéré aucun mieux, et considérant alors ces accidens comme le résultat d'une entérite légère et surtout de gaz; j'eus recours à la glace, comme sédatif puissant; j'ordonnai trois applications successives de glace dans la journée; d'ailleurs, même prescription, les cataplasmes exceptés.

Le 18, le météorisme avait presque entièrement disparu, si ce n'est à la partie inférieure; pas de sensation de liquide : le malade n'éprouve presque plus de douleurs; selles fréquentes, pas de fièvre; il demande à manger, même prescription, la glace exceptée; diète.

Le 19, le dévoiement persiste et fatigue un peu le malade, pas de fièvre, plus de douleurs.

Le 20, quatre selles en vingt-quatre heures; plus de douleurs abdominales. (*Prescription*, julep thériacal); le malade, tourmenté par la faim, prit un potage et un peu de vin pur.

Le 22, même état.

Les 23, 24, le mieux continue, deux selles seulement, pas de douleurs, plus de météorisme; le malade se trouvant très-bien, je lui ai permis des alimens légers.

Le 26, plus de dévoiement.

Le 27, Le malade est très-bien et a repris ses occupations; je l'ai vu depuis cette époque, il m'a assuré n'avoir rien éprouvé de nouveau.

IIe. OBSERVATION.

La nommée Geneviève (Marie-Louise), âgée de quarante-un ans, d'une constitution forte, d'un tempérament irritable, n'ayant eu que de légères indispositions, ressentit, il y a cinq mois environ, des douleurs dans le bas-ventre à la suite d'un coup porté sur cette partie,

trente sangsues appliquées sur l'endroit douloureux ne produisirent aucun soulagement ; deux jours après, même application de sangsues, même résultat ; la douleur, de générale qu'elle était devint locale, et se fixa à l'ombilic, en diminuant d'étendue elle augmenta d'intensité ; elle était telle que la malade ne pouvait pas même supporter le contact de ses draps ; on prescrivit la limonade dont on continua l'usage pendant vingt-cinq jours. N'éprouvant aucun soulagement, cette femme qui, depuis cinq jours était dans une maison de santé, se décida à se faire transporter à l'hôpital Saint-Louis, lorsque, la veille de son entrée, à la suite de vomissemens, un pus jaunâtre, très-fétide, se fit jour à travers l'ombilic, et procura par sa sortie une diminution des douleurs. Lors de son entrée à l'hopital Saint-Louis, le 17 février 1827, elle présentait les symptômes suivans : face décolorée, yeux hagards, langue sale ; pouls petit, fréquent ; ventre sensible à la pression, écoulement de matière purulente par l'ombilic, constipation. (*Prescription*, orge miélée), lavemens émolliens, purgatifs continués pendant plusieurs jours, amélioration sensible dans l'état de la malade ; la face toujours pâle, les yeux un peu moins hagards. Les premiers jours de mars, on prescrivit les bains généraux qui ont été continués pendant un mois ; depuis ce temps la malade peut se lever, marcher ; l'écoulement a cessé tout à fait ; il ne lui restait lors de sa sortie de l'hôpital, le 1^er^. mai, qu'une légère douleur à la partie inférieure du côté droit de l'abdomen.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Ex morbo diuturno alvi defluxus, malum.

II.

Hydropicum si tussis habeat, desperatus est.

III.

Acutorum morborum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis.

IV.

Qui sanguinem spumosum exspuunt, his ex pulmone talis rejectio fit.

V.

Erysipelas foris quidem intrò verti, non bonum; intùs verò foràs, bonum.